

## **Anlage 4**

### **Teilnahmeerklärung des Vertragszahnarztes**

Zahnarzt

---

Titel, Name, Vorname

---

Straße, PLZ, Ort

---

Abrechnungsnummer

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Vereinbarung zur besonderen Versorgung bei der endodontischen Behandlung.

Ich bestätige,

- dass ich die Zielrichtung des Vertrages, die endodontische Behandlung im Sinne der Qualitätsverbesserung, zur Kenntnis genommen habe.
- dass ich mit modernen und qualitätsfördernden endodontischen Maßnahmen vertraut bin.
- dass meine Praxis über eine entsprechende instrumentelle Ausstattung verfügt.
- dass ich entsprechend qualitätsorientiert behandeln werde.
- dass ich nach entsprechender Aufklärung meiner Patienten auch über die finanziellen Konsequenzen informiere. Die GOZ gilt vollinhaltlich, neben betriebswirtschaftlichen Kriterien und Schwierigkeiten in der Behandlung werde ich auch die finanziellen Möglichkeiten des Patienten berücksichtigen.
- dass ich bereit bin, eine konsequente Dokumentation der Behandlungsmaßnahmen durchzuführen.
- dass ich bereit bin, den Patienten nach BEMA-Richtlinien zu behandeln, auch wenn der Patient eine Zuzahlung nicht leisten will.

Mir ist bewusst, dass ich bei Nichterfüllen obiger Kriterien von dem Vertrag ausgeschlossen werden kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift